

Solicitud

de compensación para víctimas de crímenes

Carolina del Sur cuenta con un Fondo de Compensación para Víctimas de Crimen que tiene el propósito de ayudar a los ciudadanos a afrontar los costos relacionados con las lesiones sufridas como resultado del crimen. Para obtener más información, lea las instrucciones que se presentan a continuación o llame al Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen (DCVC) al 1.800.220.5370 (Línea exclusiva para víctimas) o al 803.734.1900 en Columbia, Carolina del Sur, o bien comuníquese con su Defensor de víctimas local.

Asistencia del Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen (DCVC)

Si califica para los servicios, el DCVC puede tomar en consideración los costos de atención médica, asesoramiento psicológico, pérdida de salario/apoyo, para usted como víctima, o para una víctima de la que usted es financieramente responsable. También se le puede reembolsar el costo del funeral/entierro de una víctima fallecida. Existen montos límite establecidos por la ley para estos pagos, por lo que le sugerimos que se comunique con el DCVC para obtener más información. El máximo que se puede pagar en nombre de una víctima por todos los gastos combinados es de \$15.000. El DCVC puede pagar hasta 40 sesiones o 180 días de sesiones de asesoramiento psicológico, lo que sea mayor.

Criterios de elegibilidad del DCVC

Si usted es víctima o reclamante (persona que presenta el reclamo en nombre de la víctima), tenga en cuenta que:

- El crimen debe ocurrir en Carolina del Sur
- La víctima debe sufrir una lesión directa (física o psicológica)
- La ley de Carolina del Sur exige que el DCVC tome en consideración cualquier comportamiento contributivo o ilegal al hacer determinaciones de elegibilidad
- La víctima debe cooperar con el DCVC y con la policía
- El crimen debe denunciarse dentro de las 48 horas (puede eximirse)
- Los reclamos deben presentarse dentro de los 180 días (puede eximirse)
- El reclamo debe presentarse dentro de los 4 años posteriores al incidente
- **Se considera que el DCVC es el pagador de último recurso.**

¿Qué tipo de pérdidas no están cubiertas?

- Daños o pérdida de la propiedad
- Gastos relacionados con la comparecencia ante el tribunal (honorarios de abogados, viáticos, etc.)
- Limpieza de la escena del crimen
- Daños físicos y psicológicos

¿Quién puede calificar para recibir asistencia financiera?

Las víctimas de crimen que sufrieron lesiones, los familiares inmediatos de las víctimas de crimen o alguien que esté pagando facturas o cuidando a una víctima de crimen pueden solicitar asistencia financiera. Existen algunas excepciones, por lo que le sugerimos que se comunique con el DCVC para obtener más información.

¿Cómo puedo obtener ayuda con esta solicitud?

Las oficinas policiales, los estudios jurídicos y las organizaciones de asistencia a las víctimas en su área cuentan con defensores de víctimas que podrán ayudarle con esta solicitud. Si no puede comunicarse con la oficina policial o no sabe a quién llamar, el Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen (DCVC) está disponible para ayudarlo. Llame al DCVC al 1.800.220.5370 (línea exclusiva para víctimas) o al 803.734.1900 de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

¿Tengo que completar todo este paquete?

No. Solo una parte de este paquete comprende la solicitud de beneficios de compensación. Se incluyen formularios suplementarios para que complete su asesor psicológico, médico o empleador, si corresponde.

¿Qué debo hacer si quiero enviar mi solicitud ahora?

Lea las instrucciones y complete la solicitud adjunta. Procure incluir además la mayor cantidad posible de información relacionada (es decir, recibos detallados, facturas, declaraciones de seguro y denuncia de incidente). **Debe presentar la solicitud dentro de los 180 días posteriores al incidente; por lo tanto, le recomendamos no esperar a reunir todas las facturas.** Podrá enviar más facturas detalladas a medida que las obtenga. Se le notificará cuando su reclamo haya sido procesado a través del sistema.

Si no ha recibido una carta después de cuatro semanas, llame al DCVC o a su defensor de víctimas local. **Si se muda o cambia su número de teléfono, infórmelo al DCVC de inmediato.**

Para obtener ayuda con reclamos por denuncias anónimas, comuníquese con el DCVC para más detalles.

DCVC



Fiscalía General de Carolina del Sur
Departamento de Compensación a Víctimas
de Crimen

Si usted...

- ◆ Presenta la solicitud **como víctima y es mayor de edad**, entonces usted es la «Víctima» y el «Reclamante».
- ◆ Presenta la solicitud en nombre de un **menor, o de una víctima incapacitada o incompetente**, entonces usted es el «Reclamante» y la víctima del crimen es la «Víctima» y la «Persona que recibe los servicios».
- ◆ Presenta la solicitud para el pago de las facturas médicas o del funeral/entierro **de una víctima fallecida**, entonces usted es el «Reclamante». La «Persona que recibe los servicios» y la víctima del crimen fallecida es la «Víctima».
- ◆ Presenta la solicitud para recibir **asesoramiento psicológico para usted mismo porque un miembro de su familia inmediata ha sufrido una lesión o ha muerto**, entonces usted es el «Reclamante» y la «Persona que recibe los servicios». El familiar herido o fallecido es la «Víctima».
- ◆ Presenta la solicitud para recibir **asesoramiento psicológico para un menor porque su familia inmediata ha sufrido una lesión o ha muerto**, entonces usted es el «Reclamante». El menor es la «Persona que recibe los servicios», y el miembro de la familia lesionado o fallecido es la «Víctima».

Comuníquese con su defensor de víctimas local o con el DCVC a fin de obtener ayuda para completar esta solicitud.

(Los formularios complementarios se pueden encontrar en línea o en el paquete de solicitud)

Escriba en letra de imprenta de forma clara y legible, y utilice una solicitud para cada solicitante.

- SECCIÓN 1**
«Persona que recibe los servicios»
Escriba el nombre de la persona que recibe atención médica, asesoramiento psicológico u otros servicios como resultado del crimen. La «Persona que recibe los servicios» es la «Víctima» y/o «Reclamante», o bien el familiar inmediato de la persona que ha sufrido la lesión o ha muerto. **En los casos de homicidio, debe aparecer el nombre de la víctima fallecida aquí.**
- SECCIÓN 2**
«Víctima»
La víctima del crimen es la persona que resultó lesionada, que fue amenazada de lesión o que ha muerto como resultado del crimen. Esta será la misma persona que figura como «Víctima» en la denuncia de incidente de la policía.
- SECCIÓN 3**
«Reclamante»
Si la «Persona que recibe los servicios» es un adulto responsable por el pago de sus propias facturas, ingrese su nombre como «Reclamante». Si la «Persona que recibe los servicios» es menor de 18 años, incapacitada o incompetente, se debe nombrar a la persona financieramente responsable (por ejemplo, padre/madre, tutor o cónyuge) en esta sección. Si la «Víctima» ha muerto como resultado del crimen, entonces el adulto legalmente responsable por el pago de las facturas y gastos médicos o del funeral/entierro es el «Reclamante».
- SECCIÓN 4**
«Crimen»
Sea específico en la descripción de las lesiones. Adjunte una copia de la denuncia del incidente. Si no la tiene, puede solicitar una copia gratuita a la oficina policial ante la cual denunció el crimen. **La denuncia de incidente presentada ante la policía es necesaria para determinar la elegibilidad y procesar el reclamo.**
- SECCIÓN 5**
«Gasto»
Ingrese los nombres de los médicos, hospitales y otros profesionales que han brindado servicios. Si ya tiene facturas detalla das, envíe las copias junto con su(s) solicitud(es). **Debe enviar la solicitud dentro de los 180 días posteriores al incidente; por lo tanto, le recomendamos no esperar a reunir todas las facturas.**
- SECCIÓN 6**
«Seguro»
Si cuenta con un seguro que puede cubrir algunas de las facturas relacionadas con el crimen, enumere la información de su seguro en esta sección.
- SECCIÓN 7**
«Empleo»
Ingrese su información laboral **si no ha podido trabajar durante al menos dos semanas seguidas como consecuencia de haber sufrido lesiones relacionadas con el crimen o para cuidar a una persona que ha sufrido lesiones relacionadas con el crimen.** Se requerirá que su empleador complete el **Informe del Empleador**. El médico que trata a la «Víctima» deberá completar el **Informe del Médico**.
- SECCIÓN 8**
«Acción civil»
Complete si ha tenido que contratar a un abogado para resolver un reclamo de seguro o presentar una demanda relacionada con este crimen.
- SECCIÓN 9**
«Derivación»
Proporcione la información del defensor de víctimas u otro profesional que lo haya asistido con esta solicitud.
- SECCIÓN 10**
«Autorización»
Importante: esta solicitud es un documento legal que el adulto «Reclamante» (debe ser mayor de 18 años) debe leer y firmar. Ninguna persona que represente a una agencia puede firmar la solicitud en nombre de la víctima.

Utilice una solicitud para cada persona. No se aceptarán solicitudes incompletas o sin firmar.

SECCIÓN 1 Persona que recibe los servicios

Víctima o familiar que solicita asistencia.

Marque lo que corresponda: Sr. Sra. Srta. Nombre legal completo de la persona que recibe los servicios/beneficios

N.º de Seguridad Social (últimos 5 dígitos) - Fecha de nacimiento Sexo: Hombre Mujer

La Persona que recibe los servicios es la Víctima (como se identifica en la denuncia de incidente a la cual se vincula este reclamo)

O su Cónyuge Padre/Madre Hermano/a Hijo/a Otros

Marque los servicios solicitados: Médicos De asesoramiento psicológico Por pérdida de salario/apoyo De entierro Otros

Comuníquese con un defensor de víctimas local o con el DCVC si necesita ayuda para completar este formulario.

SECCIÓN 2 Información de la víctima

La Víctima es la misma persona que figura como tal en la denuncia de incidente de la policía.

Marque lo que corresponda: Sr. Sra. Srta. Nombre tal como aparece en la denuncia de incidente

N.º de Seguridad Social (últimos 5 dígitos) - Fecha de nacimiento La víctima es: Fallecida Incompetente
 Menor de 18 años Discapacitada

Dirección particular (Ciudad, estado, código postal)

Dirección de correo electrónico Contacto(s) (es decir, número laboral, celular o fax)

(Solo para fines estadísticos y opcional) Sexo: Mujer Hombre

Raza: Caucásico Afroamericano Hispánico Nativo americano Isleño asiático o del Pacífico Otros

SECCIÓN 3 Información del reclamante

Completar solo si: El Reclamante es el adulto que asume la responsabilidad por el pago de las facturas relacionadas con el crimen o el adulto que tiene la custodia física del menor.

Marque lo que corresponda: Sr. Sra. Srta. Nombre legal completo

Vínculo con la víctima N.º de Seguridad Social (últimos 5 dígitos) - Fecha de nacimiento

Dirección particular (Ciudad, estado, código postal)

Dirección de correo electrónico Contacto(s) (es decir, número laboral, celular o fax)

SECCIÓN 4 Información del crimen

Complete esta sección en su totalidad y adjunte una copia de la denuncia de incidente de la policía.

Si no se contactó con la policía y no se redactó una denuncia de incidente dentro de las 48 horas posteriores al crimen, o si no presenta este reclamo ante el DCVC dentro de los 180 días posteriores al crimen, explique los motivos:

Fecha del crimen Fecha de denuncia Oficina policial

Lugar donde ocurrió el crimen Ciudad Estado

N.º de denuncia de incidente Nombre del/de los delincuente(s)

¿El sospechoso fue arrestado? Sí No Tipo de crimen y lesión sufrida:

Relación del/de los delincuente(s) con la víctima N.º de orden(es) judicial(es) ¿El caso ha llegado a manos de un tribunal? Sí No

Indique el tipo de tribunal: Magistrado Municipal Tribunales ordinarios PTI

Monto de restitución ordenado: Ninguno \$ Monto ordenado \$ Monto pagado hasta la fecha

SECCIÓN 5 Información relacionada con el crimen

Adjunte copias de facturas detalladas (UB92 o HCFA 1500).

Nombre del médico/hospital	Servicios prestados del (fecha) al (fecha)	N.º de teléfono	N.º de fax
Asesor psicológico	Servicios prestados del (fecha) al (fecha)	N.º de teléfono	N.º de fax
Casa funeraria	Servicios prestados del (fecha) al (fecha)	N.º de teléfono	N.º de fax

SECCIÓN 6 Información de seguro médico/beneficios¿La víctima cuenta con seguro médico público/privado? Sí No

Ingrese la información de seguro médico/Medicaid/Medicare a continuación. El seguro médico debe presentarse al proveedor.

Seguro privado: Nombre de la póliza	Número de póliza
Medicaid: Número de póliza	
Medicare: Número de póliza	

SECCIÓN 7 Información sobre pérdida de salario/apoyo

Si ha perdido por lo menos dos semanas consecutivas, es posible que cumpla con los requisitos para recibir una compensación por la pérdida de su salario. Si tenía empleo, debe enviar sus dos últimos recibos de sueldo, el Informe del Empleador y el Informe de Discapacidad del Médico.

Si trabajaba por cuenta propia, debe presentar sus Transcripciones de la Declaración de Impuestos más recientes obtenidas del IRS, el Formulario de Verificación de Autoempleo y el Informe de Discapacidad del Médico.

Consulte los formularios complementarios ingresando a (www.sova.sc.gov) para solicitar una compensación por pérdida de salario/apoyo.

Información del empleador	N.º de teléfono
Si la lesión ocurrió en el trabajo, ¿su empleador ofrece una Compensación para trabajadores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha presentado o presentará una solicitud para recibir cobertura por discapacidad del Seguro Social (SSI)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Debe faltar al trabajo para cuidar a la víctima?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 8 Información sobre la acción civil¿Ha tenido que contratar a un abogado para resolver cuestiones con el seguro o presentar una demanda? Sí No

De ser así, proporcione: Nombre del abogado	
Dirección	N.º de teléfono

SECCIÓN 9 Información sobre fuente de derivación
 Abogado psicológico
 LEVA
 Hospital/Dr.
 Asesor
 Otros

Nombre/título del profesional que le asiste con la solicitud		
N.º de teléfono	N.º de fax	Agencia/Oficina
Dirección		
Condado	Dirección de correo electrónico de la derivación	

SECCIÓN 10 Autorización legal y firma

Este documento cumple con las pautas de la HIPAA.

Entiendo que soy responsable por el pago de todas las facturas y que el programa de compensación está designado para pagar ciertos costos que no están cubiertos por otras fuentes. La mera presentación de esta solicitud no me da derecho a recibir ningún beneficio. Autorizo al Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen (DCVC) a solicitar, obtener y divulgar cualquier información o registro para determinar la elegibilidad de mi reclamo o para obtener una restitución por un período que no exceda el procesamiento completo de esta solicitud. Además, entiendo que existe la posibilidad de que ya no esté protegido por la Regla de privacidad, y que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento si así lo deseo. Estoy de acuerdo en reembolsar al DCVC si recibo dinero de otra fuente por el monto total pagado en mi nombre. Esto incluye cualquier pago que pueda recibir del delincuente, cualquier póliza de seguro o cualquier acuerdo, juicio o demanda civil. Autorizo al DCVC a solicitar y obtener cualquier información, incluidos los desembolsos por acuerdos, las facturas médicas negociadas y todos los demás registros relacionados con subrogación de mí o de cualquier representante que actúe en mi nombre. **Acepto notificar al DCVC sobre cualquier cambio, como dirección o números de teléfono, para mantener la precisión en el procesamiento de este reclamo. No se aceptarán solicitudes incompletas o sin firmar.**

La información que he proporcionado es veraz y correcta según mi leal saber y entender, de conformidad con la ley (§16-3-1280).

Firma original de la Víctima/Reclamante	Fecha
---	-------

[Si la víctima es menor de 18 años, declarada legalmente incompetente o fallecida, debe firmar el representante legal]

Nombre en letra de imprenta de la Víctima/Reclamante mencionado anteriormente
